

患者と同じ健康保険に加入している者
 ※県単独指定難病で、情報照会を希望する方全員を記載。

三人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
	氏 名			年 月 日															
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
	個人番号 (マイナンバー)																		
四人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
	氏 名			年 月 日															
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
	個人番号 (マイナンバー)																		
五人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
	氏 名			年 月 日															
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
	個人番号 (マイナンバー)																		
六人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
	氏 名			年 月 日															
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
	個人番号 (マイナンバー)																		
七人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
	氏 名			年 月 日															
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
	個人番号 (マイナンバー)																		

〈保健所記入欄〉		<input type="checkbox"/> 対面	<input type="checkbox"/> 郵送
番号 確認	<input type="checkbox"/> 個番カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 住基ネット <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書() <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()	
身元 確認	<input type="checkbox"/> 個番カード <input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴証明書) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳() <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 写真付き身分証明書等() <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> (特別)児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 写真なし身分証明書等()		
(備考欄)			